

被保険者情報	記号	番号 ※枝番記載不要	生年月日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏名 (フリガナ)		
	住所 (〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		
	預金種別	普通	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	(フリガナ) 口座名義				口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

2
の場合

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 (〒 -) TEL () (フリガナ)	委任者(申請者) と代理人との 関係

2ページに続きます。>>>

※給付条件は医師が一時的・緊急的な移送の必要性を認めた場合で、かつ以下の要件に全てに該当し、
被保険者が適切と判断した場合に限られます。

- (1) 医師の指示により適切な保険診療を受けるために移送された場合
- (2) 移動を行うことが著しく困難であること
- (3) 緊急その他やむを得ない事情等で医療機関に搬送収容した場合

【記入上の注意事項】 記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

訂正者氏名(フルネーム)

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名）				
	移送を受けた方の生年月日及び被保険者からみた続柄	昭和・平成・令和	年	月	日	被保険者からみた続柄（）
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	移送経路および移送方法	・				
	移送回数および移送距離	回			・	Km
	移送年月日	令和	年	月	日	
	付添人（医師または看護師等）の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名） 〒 -				<input type="checkbox"/> 無
	移送に要した費用の額	円				
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 「第三者行為による傷病届」をあわせて提出してください			・	<input type="checkbox"/> いいえ
第三者の氏名及びその住所 ※第三者情報が不明の場合はその旨をご記入ください。	氏名 〒 -					

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由						
	付添を必要と認めた理由						
	移送経路						
	移送方法・回数	・			回		
	移送年月日	令和	年	月	日		
	上記のとおり相違ありません。				令和	年	月
住所	〒 -						
医師または歯科医師の住所および氏名	氏名						

【添付書類】

移送に要した費用の領収書（原本）※内訳のわかるもの

【提出先】

シーイーシー健康保険組合

 訂正者氏名(フルネーム)